



Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Ihnen ist eine umfassende und sorgfältige Heilbehandlung auf höchstem Niveau wichtig. Sie wissen Fürsorge und Offenheit zu schätzen.

Dann sind wir für Sie der richtige Partner, herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Alle Angaben aus diesem Gesundheitsbogen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und beachten Sie bitte auch folgende Informationen.

Terminvereinbarung

Klare Terminvereinbarungen sind für Ihre erfolgreiche Behandlung wichtig. Deshalb führen wir eine Bestellpraxis. Falls erforderlich reservieren wir gleich mehrere Termine für Sie und sind am vereinbarten Termin nur für Sie da.

Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, teilen Sie uns dies bitte **mindestens 24 Stunden vorher** mit. Nicht rechtzeitig abgesagte oder versäumte Termine stellen wir in Rechnung.

Recall

Als Service bieten wir ein Recall-System an, durch welches Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden. Bitte informieren Sie uns, wenn Sie diesen Service nicht in Anspruch nehmen wollen.

Finanzierung/Versicherung

Wir arbeiten mit einer zahnärztlichen Verrechnungsstelle zusammen. Hierzu erhalten Sie ein separates Formular. Damit bieten wir Ihnen Teilzahlungsmöglichkeiten und zusätzlich haben Sie als freien Service einen kompetenten Partner bei Erstattungsfragen.

Diese Zusammenarbeit gibt uns mehr Zeit für Ihre zahnmedizinische Betreuung.

Datenschutz

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Mit den Datenschutzbestimmungen bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Weitergabe Behandlungsdaten

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde, die für die aktuelle Therapie und Diagnose erforderlich sind, an andere Ärzte/Zahnärzte oder Dentallabore übermittelt werden dürfen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle in diesem Gesundheitsbogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Wenn Sie einverstanden sind, beginnen wir.

Ihr Praxisteam Sillmanns, Rix & Kollegen

Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum/-ort

Versicherter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse/Versicherung

Anschrift

Straße/Nr.

PLZ/Ort

E-Mail

Telefon

Privat

Handy

Arbeit

Haben Sie einen Hausarzt? Bitte tragen Sie hier Namen, Anschrift und Telefonnummer ein.

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Ja Nein

Besteht eine Allergie bei Medikamenten/Materialien? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Nehmen/Nahmen Sie Bisphosphonate ein? (z. B. Fosamax, Zometa, Xgeva, Prolia). Wenn ja, welche?

Ja Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (z. B. Marcumar, ASS/Aspirin, Plavix). Wenn ja, welche?

Ja Nein

Bekommen Sie Spritzen oder Tabletten vom Orthopäden oder Onkologen?
Wenn ja, welche?

Ja Nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Benötigen Sie eine antibiotische Prophylaxe vor der Zahnbehandlung
(z. B. wegen Endokarditis, Herzklappenersatz, Gelenkersatz)?

Ja Nein

Künstlicher Gelenkersatz seit _____

Zu Ihrer und unserer Behandlungssicherheit brauchen wir folgende Auskünfte:

Herzschwäche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Unregelmäßiger Herzschlag/Vorhofflimmern?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt? Angina pectoris?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bypass oder Stent?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis (Erkrankung der Herzinnenhaut)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Chron. Erkrankung Atemwege (z. B. Asthma, COPD)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lungenentzündung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenfunktionsstörung/Dialyse?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leberzirrhose?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis A/B/C?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
HIV/AIDS?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Creutzfeld-Jakob-Erkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Depressionen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie/Krampfanfälle?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung (Über-/Unterfunktion)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheuma?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Arthrose?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Grüner Star (Glaukom)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Tumorerkrankungen? Wenn ja, welche Art? Ja Nein

Nicht aufgeführte Erkrankungen? Wenn ja, welche? Ja Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____ Ja Nein

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? _____ Ja Nein

Nehmen Sie die Antibabypille oder andere Hormonpräparate? Ja Nein

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich angefertigt? Wenn ja, bei welchem Arzt/Zahnarzt? Ja Nein





Wir erinnern Sie an mehr als 1-stündige und Prophylaxetermine per SMS.

Sind Sie damit einverstanden?

Ja Nein

Dürfen wir Informationen zur Therapie und/oder zu Terminen weitergeben?

Ja Nein

Wenn ja, an welche Personen?

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihrer Angaben mit. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Datum

Unterschrift

Wir freuen uns auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Bis bald

Ihr Praxisteam Sillmanns, Rix & Kollegen

Fest isst besser